

Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes anticoagulados en un centro de Atención Primaria

A.N. López Laguna, S. de Jaén Gil, A. Robledo Sánchez-Guerrero, E. Barrera Linares, L. del Río Martín y R. Sánchez González

Centro de Salud San Blas. Parla. Madrid. Área 10. Instituto Madrileño de Salud. Madrid. España.

OBJETIVOS. Estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes usuarios de anticoagulantes orales (ACO), analizar los psicofármacos utilizados y las patologías crónicas concomitantes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio transversal en Atención Primaria sobre todos los pacientes con ACO de nuestro centro. Se recogieron datos sociodemográficos, motivo de anticoagulación, INR, psicofármacos utilizados y enfermedades crónicas según el registro de la historia clínica informatizada. Para reconocer la presencia de ansiedad y/o depresión en los pacientes sin diagnóstico previo se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG).

RESULTADOS. Ciento sesenta y seis pacientes con ACO, entre los cuales había un 53,6% de hombres. La edad media fue de 67 ± 14 años y el tiempo medio de anticoagulación: $4,2 \pm 3,9$ años. El motivo de anticoagulación más frecuente fue fibrilación auricular en un 59,6%; el 66,9% estuvo dentro del rango terapéutico. La prevalencia estimada de ansiedad fue del 41% y la de depresión del 63,6%. La prevalencia estimada de ansiedad es significativamente mayor en mujeres que en hombres (54,5% frente a 29,2%; $p = 0,001$). El 18,7% de los pacientes consumía benzodiacepinas y el 11,4% antidepressivos.

CONCLUSIONES. La prevalencia estimada de ansiedad y depresión entre los pacientes usuarios de ACO es elevada y superior a la descrita en la población general; la prevalencia de ansiedad es mayor en mujeres. Parece existir un infra-diagnóstico de ambas patologías en la población que se estudia. Resulta llamativo el escaso uso que se hace de benzodiacepinas y antidepressivos en comparación con tan altas prevalencias de ansiedad y depresión.

Palabras clave: anticoagulación, ansiedad, depresión, Atención Primaria.

AIM. To estimate the prevalence of anxiety and depression in patients who take oral anticoagulants to analyze psychodugs use and concomitant chronic diseases.

METHODS. Cross-Sectional study in Primary Health Care on all patients taking oral anticoagulants in our centre. Sociodemographic data, reason for anticoagulation medication, INR, psychodugs used and chronic diseases according to patients' computerized medical history were collected. The Goldberg's Scale for Anxiety and Depression (EADG) was used in order to discover the prevalence of anxiety and/or depression in patients with no previous diagnosis.

RESULTS. A study was made of 166 patients taking oral anticoagulant drugs: Men: 53.6%. Average age: 67 ± 14 years old. Average time they had been taking anticoagulant drugs: 4.2 ± 3.9 years. Most frequent reason for anticoagulation treatment: atrial fibrillation (59.6%). A total of 66.9% of the patients were within the therapeutic range. Estimated prevalence for anxiety was 41%, and for depression 63.6%. The estimated prevalence for anxiety is significantly greater in women (54.5% vs 29.2%, $p=0.001$). A total of 18.7% of patients were taking benzodiazepines and 11.4%, antidepressants.

CONCLUSIONS. Estimated prevalence for anxiety and depression in patients taking oral anticoagulants is high and greater than that found in the global population. Prevalence for anxiety is higher in women. Both illnesses seem to be underdiagnosed in the kind of population we are studying. Attention is drawn to the limited use of benzodiazepines and antidepressants compared to such high prevalences of depression and anxiety.

Key words: anticoagulation, anxiety, depression, primary health care.

Correspondencia: R. Sánchez González.
Centro de Salud San Blas. Parla. Área 10. Instituto Madrileño de Salud.
Correo electrónico: rsanchez.gapm10@salud.madrid.org

Presentado como comunicación en el XXV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Santiago de Compostela 23-26 noviembre del 2005).

Recibido el 25-05-06; aceptado para su publicación el 18-09-07.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, en los países desarrollados, el aumento de la expectativa de vida conlleva la acumulación de problemas de salud, la mayoría de ellos crónicos. Esta situación de comorbilidad genera importantes consecuencias sociosanitarias¹. Dentro de los procesos más frecuentemente asociados

a otras patologías crónicas se encuentran los trastornos de ansiedad y depresión, con importantes consecuencias para la salud, dado que comportan una peor calidad de vida, tanto para el paciente como para su familia. El sufrimiento derivado de estos problemas es calificado por muchos pacientes como superior al de otras patologías². También son importantes las consecuencias sociosanitarias³, como el incremento del gasto sanitario, especialmente si no se detectan a tiempo (pruebas complementarias, mayor número de visitas médicas, solicitud de atención en Servicios de Urgencias, etc.) y el aumento de la incapacidad laboral.

Se han publicado estudios sobre la relación entre las enfermedades crónicas y la depresión y/o ansiedad²⁻⁶, pero no hemos encontrado trabajos que estimen la prevalencia de estos trastornos en pacientes sometidos a anticoagulación oral (ACO). Este grupo de pacientes es, *a priori*, un grupo potencialmente de riesgo para padecer dichos trastornos, no sólo porque la mayoría de ellos presentan enfermedades crónicas asociadas, sino también por las modificaciones que el tratamiento introduce en su estilo de vida (controles periódicos, interacciones farmacológicas, alimentos restringidos, alto riesgo de sangrado, etc.).

El objetivo principal de nuestro trabajo es determinar la prevalencia de trastornos depresivos y/o ansiosos en los pacientes con ACO atendidos en nuestro centro. Además, como objetivo secundario se pretende evaluar el tipo de terapia utilizada en los pacientes diagnosticados previamente y estimar la posible relación con la patología crónica concomitante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo transversal en el cual se incluyeron todos los pacientes con ACO del Centro de Salud de San Blas en Parla (municipio del sur de la Comunidad de Madrid que atiende a una población de aproximadamente 30.000 pacientes con un nivel socioeconómico medio-bajo).

Se incluyeron todos los pacientes usuarios de ACO controlados en nuestro centro y con capacidad psicofísica para responder al cuestionario a fecha de 31 de diciembre de 2004. El período de recogida de datos fue del 1 de enero a 31 de marzo de 2005. En todos los casos se recabaron datos sociodemográficos (edad y sexo) motivo y duración de la anticoagulación, grado de control de la misma (según

INR obtenido en sangre capilar mediante el sistema Coagu-check⁷ en el momento que se pasó el cuestionario), tratamientos ansiolíticos o antidepresivos utilizados y otras enfermedades crónicas concomitantes: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, neoplasias, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y demencia. Los datos fueron recogidos a través de entrevista directa y de la historia clínica informatizada. Para reconocer la presencia de ansiedad y/o depresión se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) validada en España⁸⁻¹⁰. Se eligió este cuestionario por su brevedad y sencillez, así como por la elevada sensibilidad (83,1%), especificidad (83,8%) y valor predictivo positivo (95,3%)¹⁰. Es un cuestionario heteroadministrado, en el que se valora la presencia de síntomas en las últimas dos semanas. Consta de dos subescalas: ansiedad y depresión. Las preguntas 1-4 de cada subescala son obligatorias, mientras que el resto de las preguntas (5-9) se realizan sólo en el caso de haber puntuado dos o más en lo que se refiere a la subescala de ansiedad, y uno o más en lo que respecta a la de depresión. Se considera que un paciente tiene probable ansiedad si puntúa ≥ 4 en la subescala de ansiedad, y probable depresión si puntúa ≥ 2 en la de depresión. A los pacientes con ACO que tuvieran registrados en la historia clínica individual episodios abiertos de ansiedad y/o depresión, o estuvieran realizando tratamiento específico para estas patologías, no se les hizo la encuesta debido a que se consideró que ya estaban diagnosticados.

Los resultados se presentan en forma de proporciones para las variables cualitativas, y en forma de medias y desviaciones estándar para las cuantitativas. La comparación de variables cualitativas se realizó mediante el método de Chi cuadrado, y en el caso de variables cuantitativas con el de la "t" de Student. Para el análisis se empleó el programa estadístico SPSS 12 para Windows.

RESULTADOS

El total de los pacientes con ACO en el centro eran 207 en el momento de revisión de las historias clínicas, de los cuales 41 se excluyeron por diferentes motivos (3 fallecidos, 21 desplazados, un enfermo terminal, 6 no localizados, 9 no usaban ya ACO y uno se negó a participar). De los 166 pacientes con ACO que finalmente se incluyeron en el estudio el 53,6% (n = 89) son hombres, siendo la edad media de 67 años (DE = 14,3; rango = 17-94 años). El tiempo medio de anticoagulación es de 4,2 años (DE = 3,9; rango = 3 meses-25 años). El motivo de anticoagulación más frecuente es la fibrilación auricular (59,6%, n = 99), como se puede apreciar en la tabla 1.

El 53,6% (n = 89) de los pacientes es hipertenso, el 28,9% (n = 48) es diabético, el 24,7% (n = 41) tiene dislipidemia, el 9% (n = 15) tiene enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el 7,8% (n = 13) padece algún cáncer, el 5,4% (n = 9) tiene insuficiencia renal crónica y un 1,8% (n = 3) está diagnosticada de demencia. El patrón de consumo de psicofármacos se detalla en la tabla 2.

Tabla 1. Motivo de anticoagulación en los pacientes usuarios de anticoagulantes orales

Motivo anticoagulación oral	nº pacientes	Frecuencia (%)
Fibrilación auricular	99	59,6
Miocardopatía dilatada	1	0,6
Tromboembolismo pulmonar	8	4,8
Valvulopatías*	38	13,3
Tromboembolismo venoso profundo	8	4,8
Otros	12	7,2
Total	166	100

*Valvulopatías reumática y no reumática.

Durante el período de recogida de datos el 66,9% (n = 111) de los pacientes presentó un INR dentro del rango terapéutico.

La prevalencia de ansiedad previamente diagnosticada es de 9,6% (n = 16) y el porcentaje de probables nuevos diagnósticos tras la realización de la encuesta es del 31,3% (n = 52), resultando una prevalencia estimada total de ansiedad del 41% (n = 68), con diferencias en función del género (el 29,2% de los hombres frente al 54,5% de las mujeres; p = 0,001). En el caso de la depresión la prevalencia previa es del 12% (n = 20) y el porcentaje de probables nuevos diagnósticos del 51,2% (n = 85), resultando una prevalencia estimada total de depresión del 63,6% (n = 105), sin diferencias en función del género (58,4% de los hombres frente al 68,8% en mujeres; p = 0,16). No encontramos diferencias estadísticamente significativas al analizar la prevalencia estimada de trastornos de ansiedad y/o depresión en función de la edad o de la presencia de cualquiera de las enfermedades crónicas analizadas (HTA, diabetes mellitus, dislipidemia, EPOC, cáncer, insuficiencia renal crónica o demencia).

DISCUSIÓN

En nuestro medio la morbilidad psicopatológica en la población general es mayor del 15% (las tasas, según los diversos estudios, oscilan entre el 15 y el 30%¹¹⁻¹³). Estas cifras de morbilidad se duplican entre los pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria (AP)¹¹. Los trastornos de ansiedad y depresión son, con gran diferencia, los problemas más frecuentes, ya que suponen el 76% de la morbilidad psíquica en nuestro entorno⁸. Los datos obtenidos en nuestro estudio muestran unas prevalencias estimadas de ansiedad y depresión de 41 y 63,3% respectivamente, el doble de las descritas en la población general^{8,11-13}. Sin embargo, los pacientes con diagnóstico previo eran sólo el 9,6 y 12%, respectivamente, de todos los usuarios de ACO. Estos resultados indican que podría existir un infradiagnóstico de ansiedad y depresión en estos pacientes, y que sólo una búsqueda activa de dichos trastornos permitiría una actuación correcta sobre ellos.

Queremos recordar que la EADG no deja de ser un instrumento de cribaje, y que el diagnóstico debe confirmarse mediante una entrevista estructurada. No obstante sus características psicométricas¹⁰, sobre todo su elevado valor predictivo positivo, nos permiten aventurar que los resultados obtenidos no deben diferir mucho de los reales.

Por otro lado, el porcentaje de personas que consumen benzodiazepinas y antidepresivos (18,7 y 11,4%, respectivamente) es bastante menor que el de pacientes que podrían padecer ansiedad y/o depresión. Este dato estaría relacionado con el infradiagnóstico antes referido, aunque pueden influir otros factores como una posible abstención terapéutica provocada por el temor a las frecuentes interacciones del tratamiento anticoagulante.

Se ha descrito previamente una mayor prevalencia global de trastornos mentales en mujeres¹³⁻¹⁵, fundamentalmente a costa de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos.

Tabla 2. Consumo de fármacos psicotrópicos entre los pacientes usuarios de anticoagulantes orales

Fármaco	Nº pacientes	Porcentaje (%)
Benzodiazepinas	31	18,7
Antidepresivos tricíclicos	1	0,6
ISRS	16	9,6
Antidepresivos heterocíclicos	2	1,2

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Entre los pacientes con ACO de nuestro centro las mujeres presentan una mayor prevalencia estimada de ansiedad que los hombres, sin embargo no hemos encontrado diferencias significativas en el caso de los trastornos depresivos.

Por otro lado, también está descrita en la literatura una asociación entre trastornos ansioso-depresivos y el padecimiento de enfermedades crónicas²⁻⁶, sobre todo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2¹⁶, en donde se ha referido hasta el doble de prevalencia respecto de pacientes no diabéticos. Sin embargo, en nuestro estudio no hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre la presencia de trastornos de ansiedad y/o depresión y diabetes, ni tampoco al analizar en función de algunas otras enfermedades crónicas en nuestro medio, tales como la HTA, la dislipidemia, la EPOC, la insuficiencia renal crónica, el cáncer o la demencia. En cualquier caso, esta ausencia de significación estadística podría deberse al pequeño tamaño alcanzado por alguno de estos subgrupos, y debería comprobarse con otros estudios diseñados con el objetivo primordial de verificar dicha hipótesis.

En función del último control de INR un 66,9% de los pacientes estaban dentro del rango terapéutico, cifras similares a las obtenidas en otros estudios de seguimiento de pacientes con ACO en Atención Primaria¹⁷⁻¹⁹.

En resumen, los pacientes con ACO de nuestro centro parecen presentar una mayor prevalencia de depresión y ansiedad que la población general, y esto nos hace plantearnos algunas cuestiones, como si debemos considerar la terapia anticoagulante un factor de riesgo para el desarrollo de la ansiedad y la depresión o a las enfermedades que obligan a tal tratamiento. Además, los datos sugieren que estos pacientes podrían estar infradiagnosticados, y por lo tanto infratratados. Por consiguiente, creemos que se debería realizar una búsqueda activa de trastornos de ansiedad y depresión en este grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidad en atención primaria. *Gac Sanit*. 2006;20 Suppl 1:182-91.
- Bundó M, Aubà J, Massons J, Trilla MC, Pérez R, Pérez AM. Ansiedad y depresión en pacientes diabéticos tipo II. *Aten Primaria*. 1996;17:84-8.
- Surtees PG, Wainwright NWJ, Khaw K, Day NE. Functional health status, chronic medical conditions and disorders of mood. *Br J Psychiatry*. 2003;183:299-303.
- Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, et al. Health related quality of life in patients with congesti-

- ve heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*. 2002;87:235-41.
5. Von Ammon S, Furlanetto LM, Creech SD, Powel LH. Medical illness, past depression and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality. *Am J Psychiatry*. 2001;158:43-8.
 6. Nuyen J, Volver AC, Verhaak PF, Schellevis FJ, Groenewegen PP, Van den Bos GA. Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychol Med*. 2005;35:1185-95.
 7. Orellana MA, Martínez P, Sánchez MT, Aramendi M, Galera G. Valoración de los resultados obtenidos con el coagulómetro Coaguchek S en el control del tratamiento con anticoagulantes orales. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:134-6.
 8. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, García J, Lobo A. Grupo de Trabajo de Zaragoza para el Estudio de la Morbilidad Psíquica (GZEMPP). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993;12:345-9.
 9. Montón C. Utilidad y validez de los principales instrumentos de medida para el cribado de los trastornos de ansiedad en atención primaria. *FMC*. 2003;10 Extra 1:21-5.
 10. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 1988;97:897-9.
 11. Montón C, Chocrón L. Detección precoz de los trastornos de ansiedad y depresión. *PAPPS* 2003.
 12. Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 1995;10:586-93.
 13. Balanza J. Situaciones relacionadas con la salud mental. Depresión, ansiedad, estrés, *mobbing* y *burnout*. *Jano*. 2003;65:26-42.
 14. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit*. 2004;18:175-81.
 15. Galgo A, González MD. El paciente con ansiedad. *Jano*. 2003;65:93-5.
 16. Thomas J, Jones G, Scarinci I, Brantley P. A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Diabetes Care*. 2003;26:2311-7.
 17. Arribas L, Rodríguez T, Bravo P, García C, Revelles F. Anticoagulación oral en un centro de salud urbano. Resultados del primer año. *Aten Primaria*. 2002;29:338-42.
 18. Vinker S, Nakar S, Finkel S, Nir E, Hyam E. Oral anticoagulation therapy in the primary care setting. *Harefuah*. 1997;132:753-6.
 19. Nuin MA, Arroyo MP, Yurss I, Granado A, Calvo C, Elia F, et al. Evaluación del programa piloto de descentralización del control del tratamiento anticoagulante oral en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:326-31.